

<h2 style="margin: 0;">Erhebung zum Pflegezustand – Pflegeplan zum Eintritt der Rehabilitation</h2>	<p>#PatName #PatVorname #GebDat - #Geschlecht</p> <p>#PatAnreise #DiagEinweisHauptText, #DiagEinweisHauptCode</p> <p>Pflegediagnose</p>
<p>Ziel des Patienten/der Angehörigen in der Rehabilitation</p> 	

		ja	nein			ja	nein
Kommunikation				Orientierung			
Spricht der Pat. verständlich?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	persönlich orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert der Pat. in Alltagssituationen auf Aufforderungen/Fragen adäquat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeitlich orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	örtlich orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muttersprache: _____				situativ orientiert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Sprachen: _____				Behinderungen			
Mobilität				sehbehindert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hörbehindert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Hilfsmitteln-Welche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperpflege			
Transfer Selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganzkörper waschen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagerung Selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberkörper waschen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intimbereich waschen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beine waschen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sturzgefährdet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ganzkörper anziehen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberkörper anziehen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen				Unterkörper anziehen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstständig Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hautverhältnisse			
Spezialnahrung: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dekubitus-Wo? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hustet Pat. vermehrt beim Essen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausscheidung			
Hustet Pat. vermehrt beim Trinken?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urin lösen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PEG-Sonde/MS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten/Psych				Stuhlen selbstständig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
motiviert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anuspräeter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kooperativ		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinent		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressiv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu-/Ableitungen/Sonstiges			
aggressiv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZVK/Port a cath		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unruhig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Venöse Zugänge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
distanzlos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drainagen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reha-Potential		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DK/CF		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient bei Ihnen Fortschritte gemacht?				VAC Verband		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Sauerstoff (l/h)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Sonstiges _____			
_____				Beilagen			
Datum, Unterschrift				FIM-Formular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Pflegebericht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Therapiebericht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Arztbericht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____				Anderes: _____			